

ALLEGATO D1 (\*)

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI  
SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE E DI MEDICINA TRASLAZIONALE  
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea  
Sapienza Università di Roma  
via di Grottarossa 1035-1039

Con la presente io sottoscritto Massimo Pezzatini

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI  
DICHIARAZIONI FALSE O MENDACI, INCORRERÀ NELLE SANZIONI PENALI  
RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL DPR 28.12.2000 N.445;

DICHIARO

per le finalità di cui all'art.15, comma 1 lett c) del Decreto Legislativo 33/2013 (Riordino  
della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni  
da parte delle pubbliche amministrazioni.

Di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o  
finanziati dalla pubblica amministrazione, nè di svolgere attività professionali.

Roma lì, 30/12/2016

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Massimo Pezzatini', with a long horizontal stroke extending to the right.

(\*) Tale documento sarà utilizzato per la pubblicazione sui siti web di Ateneo e di  
Dipartimento (D.Lgsvo 33/2013/ a norma dell'art.1, comma 35, Legge 190/2012.